



STATE OF WASHINGTON  
DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES  
*Insurance Services – Health Services Analysis - Olympia, WA 98504-4261*

Estimado proveedor:\*

Gracias por su interés en proporcionar servicios a nuestros trabajadores lesionados. Adjunto encontrará la Solicitud para Proveedor que es necesaria para obtener un número de cuenta con nosotros. *Para recibir pago, un proveedor debe tener un número de cuenta de proveedor activo. Se requiere una solicitud individual completa para cada proveedor.*

**¿Qué necesito someter?**

- Una solicitud completa.
- El Acuerdo de Proveedor firmado.
- La licencia o certificación requerida por las leyes de salud de su país.

**¿Qué sigue después?**

Después de procesar su solicitud, usted recibirá una carta de bienvenida.

- Los cambios a su cuenta deben reportarse dentro de 15 días para prevenir demoras en el pago.

**¿Necesita más información? Comuníquese con:**

- Credenciales y Cumplimiento para Proveedores al teléfono (360) 902-5140 para preguntas referentes a su cuenta.
- Línea de Asistencia al Proveedor: 1-800-848-0811 para preguntas de facturación y pagos.
- Para información adicional para proveedores, incluyendo la versión más reciente de los Reglamentos de Asistencia Médica y Tarifas Autorizadas por favor visite:  
[www.Lni.wa.gov/ClaimsIns/Providers/Billing/FeeSched](http://www.Lni.wa.gov/ClaimsIns/Providers/Billing/FeeSched) (en inglés solamente).

Se agradece a usted por atender a nuestros trabajadores lesionados del estado de Washington en los EE.UU.

Atentamente,

Gary Walker  
Credenciales y Cumplimiento para Proveedores

Adjuntos

\*Profesional médico o proveedor de cuidado de la salud certificado: Para estas reglas, significa cualquier persona con la definición de “doctor” bajo estas reglas o con licencia para ejercer una o más de las siguientes profesiones: audiología; terapia física; terapia ocupacional; farmacia; protética, ortética, psicología; enfermería; enfermeros registrados de práctica avanzada (ARNP, por su sigla en inglés); asistentes de médico certificados o asistentes de médicos osteópatas y terapia de masaje.

## **Instrucciones para llenar la solicitud**

### **A. Información de cuenta y facturación**

1. Escriba el nombre del negocio que usted usará para someter facturas a L&I.
2. Escriba el número de teléfono del negocio donde podemos comunicarnos con usted sobre preguntas de facturación.
3. Escriba el número de fax del negocio donde podemos enviarle información por fax cuando sea necesario.
4. Escriba la dirección física del negocio. Esto no puede ser una casilla postal.
5. Dirección de facturación donde desea que le enviemos sus pagos por correo.
6. Escriba el nombre de la persona encargada de facturación. Es la persona con la que podemos hablar sobre asuntos de facturación.
7. Escriba el número de teléfono de la oficina de facturación donde podemos llamar sobre su cuenta o facturas.

### **B. Información individual del proveedor o de la organización**

1. Escriba el nombre del proveedor en formato de apellido, primer nombre o el nombre de la organización.
2. Clase de servicios/especialidades proporcionados. Escriba el tipo de servicios que el proveedor o la organización proporcionan.
3. Número de licencia profesional. Escriba el número de licencia profesional del proveedor. Adjunte una copia de su licencia con su solicitud.
4. Fecha en que fue emitida la licencia. Escriba la fecha en que se emitió su licencia.
5. Fecha de expiración de la licencia. Escriba la fecha en que expira su licencia.
6. País. Escriba el país donde fue emitida su licencia.

### **C. Información sobre la especialidad del proveedor**

1. Marque una de las especialidades o servicios que proporciona.
2. Información especializada adicional. Escriba aquí cualquier información adicional sobre sus especialidades o servicios.

### **D. Página de acuerdo del proveedor**

Lea y firme la página de acuerdo del proveedor.

# Solicitud de Cuenta para Proveedores\* Fuera del País

Envíele por correo o por fax las solicitudes completas a:

Provider Credentialing & Compliance  
PO Box 44261  
Olympia WA 98504-4261  
United States of America (EE.UU)

Fax internacional: 360-902-6093

## A. Información sobre la cuenta y facturación

1. Nombre del negocio	2. Número de teléfono del negocio	3. Número de fax del negocio
4. Dirección física del negocio	5. Dirección postal (donde los pagos deben enviarse)	
6. Nombre de la persona encargada de facturación	7. Número de teléfono de la persona encargada de facturación (donde podemos llamar con referencia a su cuenta/facturas)	

## B. Información del proveedor individual o de la organización – Adjunte una copia de su licencia profesional

1. Nombre del proveedor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	2. Especialidad / servicios suministrados
3. Número de licencia profesional	4. Fecha de emisión de la licencia
5. Fecha de expiración de la licencia	6. País

## C. Información sobre la especialidad del proveedor

Marque una de las especialidades o servicios que usted proporciona

<input type="checkbox"/> Hogar para adulto	<input type="checkbox"/> Tratamiento para drogas, medicamentos y alcohol	<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional
<input type="checkbox"/> Ambulancia	<input type="checkbox"/> Enfermera registrada como asistente principal de cirugía (RNFA, por su sigla en inglés)	<input type="checkbox"/> Oculista
<input type="checkbox"/> Centro quirúrgico ambulatorio	<input type="checkbox"/> Programa para traumatismo del cráneo	<input type="checkbox"/> Optometrista
<input type="checkbox"/> Enfermero(a) registrado(a) de práctica avanzada (ARNP, por su sigla en inglés)	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Médico osteópata
<input type="checkbox"/> Audiólogo	<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Terapeuta físico
<input type="checkbox"/> Quiropráctico	<input type="checkbox"/> Intérprete	<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Enfermero(a) anestesiista certificado(a) y registrado(a) (CRNA, por su sigla en inglés)	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Prostético/ortótico
<input type="checkbox"/> Dentista	<input type="checkbox"/> Masajista con licencia	<input type="checkbox"/> Psicólogo
<input type="checkbox"/> Proveedor de equipo médico durable (DME, por su sigla en inglés)	<input type="checkbox"/> Clínica para los convalecientes	<input type="checkbox"/> Enfermera Registrada

Otra información especializada:

\*Profesional médico o proveedor de cuidado de la salud certificado: Para estas reglas, significa cualquier persona con la definición de "doctor" bajo estas reglas o con licencia para ejercer una o más de las siguientes profesiones: Audiología; terapia física; terapia ocupacional; farmacia; protética, ortética, psicología; enfermería; enfermeros registrados de práctica avanzada (ARNP, por su sigla en inglés); asistentes de médico certificados o asistentes de médicos osteópatas y terapia de masaje.

## D. ACUERDO DEL PROVEEDOR

He leído, entendido y estoy de acuerdo con lo siguiente:

### Aptitud para servir

- Estoy de acuerdo en cumplir y adherirse a todos los requisitos de licencia y/o certificación.
- Certifico que mi salud mental se encuentra en buen estado.
- Certifico que no tengo impedimentos debido a una dependencia química o abuso de drogas y medicamentos.
- Certifico que no tengo historia de pérdida de la licencia, certificación o registro.
- Certifico que no tengo pérdida o limitación de privilegios.
- Certifico que no tengo condenas por delitos mayores.

### Mantenimiento de la cuenta

- Certifico que la información en esta solicitud es correcta.
- Estoy de acuerdo en notificarle a L&I inmediatamente por escrito si hay cambios en la información en esta solicitud incluyendo pero sin limitar el estado del proveedor (es decir, licencia, certificación, registro, acción disciplinaria, limitaciones de privilegios); y direcciones físicas o de facturación.
- Entiendo que L&I reserva el derecho de negar, revocar, suspender o estipular condiciones en mi autorización para brindar tratamiento a los trabajadores lesionados o víctimas de crimen de acuerdo a la ley estatal de Washington.

### Facturación

- Estoy de acuerdo en aceptar el pago de L&I como la remuneración única y completa de los servicios proporcionados al trabajador como lo requiere la ley estatal de Washington.
- Entiendo que la compensación para Víctimas de Crimen es secundaria a cualquier seguro público o privado que la víctima pueda tener.
- Estoy de acuerdo en facturar a L&I de acuerdo a las políticas de los Reglamentos de Asistencia Médica y Tarifas Autorizadas (MARFS, por su sigla en inglés).
- Estoy de acuerdo en cobrarle a L&I mis cargos usuales.
- Certifico que todos los servicios proporcionados están relacionados con la lesión industrial, enfermedad ocupacional o lesión cubierta por la ley de Víctimas de Crimen.
- Estoy de acuerdo en que no le cobraré al trabajador o víctima de crimen la diferencia entre los cargos cobrados y cantidades pagadas.
- Estoy de acuerdo en que no le cobraré al trabajador o víctima de crimen la diferencia entre mis cargos usuales y las tarifas autorizadas del Departamento.

### Declaración de acuerdo del proveedor

Yo (el proveedor/negocio/representante de la compañía), \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en cumplir con los términos de este acuerdo y con todos los estatutos, leyes y políticas aplicables federales y del estado de Washington. He incluido con mi solicitud toda la información requerida para establecer una cuenta de proveedor incluyendo las copias aplicables de mis licencias actualizadas y certificaciones.

---

Título

---

Firma

---

Fecha